

Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama^a

Clara Victoria Giraldo Mora^b; María Eugenia Arango Rojas^c

RESUMEN

Objetivo: comprender las representaciones sociales del cáncer de mama y su influencia en la prevención y el autocuidado en un grupo de mujeres de Medellín, Colombia, 2007-2008. **Metodología:** estudio cualitativo con 19 mujeres adultas que no han padecido cáncer mamario. Se realizan entrevistas semiestructuradas utilizando el criterio de máxima variación. El análisis se hace con base en la teoría fundamentada. **Resultados y discusión:** las representaciones son predominantemente estéticas. El conocimiento sobre las prácticas de autocuidado es vago y escaso; el autoexamen, la mamografía y el examen clínico no se hacen o se realizan sin la debida frecuencia, en lo que éste coincide con otros estudios. Ante la posibilidad de padecer cáncer de mama, algunas manifiestan su desorientación y escasa preparación para afrontarlo. Las mujeres requieren mayor autonomía para el autocuidado y el derecho a definir su salud y a imponerle límites. Las personas son responsables de sus estilos de vida, no obstante los factores no controlables. El autocuidado permite que la vida continúe y se desarrolle, es la contribución a nuestra propia existencia. **Conclusiones:** además de la representación social de las mamas como objeto de atracción, las entrevistadas adoptan una representación negativa del cáncer de mama que no favorece la prevención y el autocuidado. El estudio devela la poca educación acerca del autocuidado y la prevención. Nos intriga que las mujeres del estudio, aunque no han padecido de cáncer, describan vívidamente sus preocupaciones frente a sus efectos, lo que podría relacionarse con una construcción de la feminidad que merece revisarse.

Palabras clave: *investigación en enfermería, representaciones sociales, cáncer de mama, autocuidado, prevención.*

Cómo citar este artículo:

Giraldo Mora CV, Arango Rojas ME. Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Invest Educ Enferm.* 2009;27(2):191-200.

-
- a Artículo producto de la investigación: "Representaciones sociales del cáncer de mama en un grupo de mujeres de la ciudad de Medellín, Antioquia, Colombia, 2007-2008", realizado por el grupo de investigación Salud de las Mujeres, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, con financiamiento del Comité para el Desarrollo de la Investigación —CODI— Universidad de Antioquia
- b Ps, MSC, Ph.D. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: clarag@tone.udea.edu.co
- c Enf, ESSR, MSC, Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: mariaearango@tone.udea.edu.co

Recibido: Mayo 7 de 2008. Envío para correcciones: Abril 30 de 2009. Aceptado: Julio 28 de 2009.

Social representations towards self-care for breast cancer prevention

Clara Victoria Giraldo Mora; María Eugenia Arango Rojas

ABSTRACT

Objective: to understand the social representations of breast cancer in a group of women of Medellín, Colombia, 2007 -2008, and their influence in prevention and self-care practices. **Methodology:** qualitative study carried out with 19 semi-structured interviews to adult women who have not had breast cancer using the sampling criterion of maximum variation. The analysis is based on grounded theory. **Results and discussion:** the representations are predominantly aesthetic. The knowledge about self-care practices is vague; scarce information and education are perceived on those issues. Self-examination, mammography and clinical examination are not done, or are done without due frequency. This coincides with other studies. In relation to the possibility of suffering breast cancer, some of them consider their confusion and scarce preparation to deal with it. Women need higher autonomy for self-care and the right to define their health and to impose limits on it. People are responsible for their life styles, regardless non controllable factors. The self-care allows that life goes on and is our contribution to our own existence. **Conclusions:** in addition to the social representation of breasts as object of attraction, the interviewees have a negative representation of breast cancer. These representations neither foster breast cancer prevention nor contribute to self-care practices. We are puzzled by the fact that had never suffered cancer would describe vividly their concerns about its effects. We think that this is related to a construction of femininity that deserves to be revised.

Keywords: nursing research, social representation, breast cancer, self-care, prevention.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel mundial y el más frecuente entre la población femenina (1). En Colombia es un problema relevante (2); en el 2002 fue la segunda neoplasia maligna más común en mujeres (19,7%), en el 2006 se registraron 608 casos, siendo mayor la prevalencia en mujeres mayores de 35 años. El 70% de estos casos se diagnosticaron en estadios tardíos (III y IV) y sólo el 5,1% en estadios tempranos (*in situ* y grado I) (3).

A pesar de que la detección temprana constituye la mejor alternativa para controlar, prevenir recurrencias y metástasis a otros órganos (4, 5), se evidencia que las prácticas de autocuidado, como el auto examen, el examen clínico y la mamografía no se hacen con la periodicidad recomendada (6). El examen clínico y la mamografía son las prácticas de más alta efectividad, no obstante la dificultad para efectuarlas en mujeres menores de 40 años por la densidad de su tejido mamario (7, 8), como señalan diversos autores (4, 8-10). En cuanto al autoexamen, su eficacia ha sido cuestionada en dos estudios prospectivos

en Rusia y China (9, 11, 12), en los que 266 000 mujeres se lo practicaron dentro de un programa de entrenamiento, sin lograr demostrar la disminución de la mortalidad por cáncer de mama, ni la efectividad de la técnica para su prevención (4, 8-10, 12).

Por otro lado, las representaciones sociales que las mujeres tienen de las mamas y el cáncer de mama, juegan un papel importante en la asunción de las prácticas de autocuidado para su detección precoz, como lo evidencian estudios cualitativos en diferentes partes del mundo (13,14) y en Colombia (15,16).

El objetivo de nuestra investigación fue comprender las representaciones sociales que tienen las mujeres sobre el cáncer de mama y su influencia en las prácticas de autocuidado para su prevención y detección precoz.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo realizado en Colombia, departamento de Antioquia, en la ciudad de Medellín y su área metropolitana, durante un período de 24 meses, en los años 2006-2008, con un grupo de 19 mujeres entre 18 y 64 años a quienes no se les había diagnosticado cáncer de mama, con capacidad para hablar y dispuestas a compartir sus representaciones sociales. Se obtuvo su consentimiento informado y a todas las participantes se les garantizó el manejo ético de la información y el anonimato, con la asignación de pseudónimo, y la identificación de testimonios con un código de análisis que aparece en los resultados con una R.

La técnica de recolección de los datos fue la entrevista semiestructurada, concepto que implica encuentros cara a cara entre las investigadoras y las entrevistadas. Para el análisis se siguieron los lineamientos de la teoría fundamentada. La recolección, el análisis y la postura teórica se hicieron conjuntamente y se mantuvo una relación entre ellos durante el proceso investigativo. Para conformar el grupo de informantes se utilizó la técnica de máxima variación, que sugiere incluir mujeres con diversidad cultural, étnica, social y económica, que respondan a la heterogeneidad de la población (17), con diferentes niveles de escolaridad, desde primaria hasta profesionales con posgrado, todos los estados civiles y estratos sociales. Se incluyeron mujeres de los tres grupos étnicos, prevaleciendo las blancas, la mayoría católicas, hubo algunos casos particulares como modelos, mujeres obesas y lesbianas, entre otras. Para determinar el número de personas a entrevistar se utilizó el muestreo teórico (17), es decir, se partió de los conceptos identificados como relevantes para

la comprensión del fenómeno (18). Se hizo estudio exploratorio mediante dos entrevistas, en el que se comprobó que las preguntas y el acercamiento a las mujeres fueran los adecuados. El análisis se realizó con el Software Atlas-ti y la validez se rigió por los criterios de credibilidad y veracidad (18), considerando que la validez se logra cuando las categorías emergen de manera natural, se saturan y son validadas por personas que participan como informantes en el estudio (19), razón por la cual presentaron los resultados a 6 de las participantes, quienes se reconocieron en ellos y reclamaron una mayor difusión del estudio. Esto se sustenta en dos necesidades, tener validez interpretativa, que según Johnson y Christensen (20), es el grado en que el investigador es capaz de ver el mundo interior de los participantes, y preservar, el principio de reciprocidad que, de acuerdo con Miles y Huberman (21), es más importante que el mismo consentimiento informado.

RESULTADOS

Las representaciones sociales que forman las mujeres sobre las mamas y el cáncer de mama permiten describir la visión y prácticas de autocuidado en relación con la prevención del mismo. Los datos muestran que las prácticas de autocuidado (autoexamen, mamografía y examen clínico) no coinciden con los parámetros de tamizaje para la detección precoz y que, por el contrario, hacen énfasis en la dimensión estética y el embellecimiento de las mamas.

Representaciones sociales del autocuidado

En las entrevistadas se observan diversas representaciones frente al significado del autocuidado y el predominio de la dimensión estética. Para muchas es más importante el embellecimiento de las mamas que la preocupación por conservar la salud, como afirma Morelia (R34):

“No soy muy preocupada por hacerme un chequeo médico... estoy más por el lado de lo estético que por el lado de la salud”.

Otras, por practicar la religión católica, tienen una visión del cuidado enmarcada en la moral y la ética católica, invocando el deber de cumplir normas de comportamiento frente al cuidado de su cuerpo y el ejercicio de su sexualidad, *“El cuerpo no se entrega a todos ni a cualquiera”*. Se encontró también que algunas fundamentan las prácticas de autocuidado en la nutrición y el comportamiento alimentario y su influencia en el desarrollo del cáncer.

Al contrastar su visión de cuidado con mujeres de grupos étnicos como el Embera, encontramos en estas

últimas un énfasis en la función reproductiva. Para ellas las mamas cobran importancia en función de la vivencia de la maternidad ya que les permiten amamantar y es “*privilegio sólo de la hembra*”; algo “*mágico*” que da gran satisfacción, porque se reconoce su capacidad para aportar al crecimiento de los hijos. El sentido del autocuidado es fortalecer dicha capacidad.

Práctica de autocuidado: el autoexamen de mama

Acerca del autoexamen los datos muestran que en general hay un conocimiento vago sobre el tema, en el sentido de que las entrevistadas no saben cómo ni con qué regularidad se hace; sin embargo, conocen que sirve para la detección temprana del cáncer de mama. Encontramos diferencias con respecto a la regularidad y la experticia para hacerlo. Algunas nunca se lo han practicado, ni saben cómo hacerlo; otras lo hicieron una vez para “*ensayar*”, y al no encontrar signos patológicos en la primera palpación, abandonaron la práctica, y sólo pocas lo practican con regularidad. Al indagar sobre las razones, expresan que no es un asunto que las preocupa. Por otro lado, su rutina diaria está dedicada al cumplimiento de múltiples roles que las obligan a cuidar más de otras personas que de sí mismas, y a dedicar demasiado tiempo al trabajo en detrimento de su salud. Algunas piensan que se debe a la falta de autoestima y se culpan por haber sido “*descuidadas*”. Además, consideran que el autoexamen sólo debe ser aprendido a través de personas cercanas o con conocimientos médicos; sin embargo, algunas supieron del tema por primera vez a través de personas que no les inspiraban mucha confianza, en un caso el jefe inmediato, que le explicó cómo se hacía, provocando en ella gran malestar y vergüenza. Otras creyeron aprender la técnica del autoexamen en las instrucciones que traen los productos para aumentar el tamaño de las mamas. Morelia nos dice:

“Los masajes que explica la cremita también son como los que sirven para detectar si uno tiene la enfermedad, son parecidos” (R 458).

Prácticas de autocuidado: examen clínico de las mamas

Frente a la pregunta relacionada con el examen clínico de las mamas, encontramos que las mujeres mayores no acuden a hacérselo por diferentes razones: lo consideran innecesario si no tienen relaciones sexuales, posición que resulta de una educación tradicional que enajena el cuerpo. Teresa nos dice: “*Pues yo pienso que a la que más ligero le debe dar esta enfermedad sería a la que tiene relaciones*

sexuales” (R 909). Otras sienten vergüenza de hacerse el examen y miedo a que se les confirme el cáncer: “*Así sea una mujer, me da pena*” (Hellen R 607, 613). Estos sentimientos llevan a evadir también otros exámenes como el de cuello uterino, dilatando la detección oportuna del cáncer ginecológico.

Algunas mujeres sólo acuden a la consulta cuando tienen síntomas ginecológicos que las preocupan y consideran que deben comentarlos con expertos. Otras, creen que el examen de mama debe hacerse sólo durante la menopausia, con el agravante de que asisten al examen clínico desconociendo su importancia y pertinencia, es decir, no saben para qué sirve ni cómo se realiza.

Autocuidado: conocimiento y conciencia de riesgo

El autocuidado tiene relación recíproca con el conocimiento: a mayor conocimiento, mayores prácticas de autocuidado y viceversa. Una entrevistada dijo:

“No es lo mismo un paciente ya avanzado, ¿cuánto le cuesta a la institución de salud?... si lo dejan coger ventaja eso cuesta, es que no más por eso yo acudo a tiempo” (Luz R 211).

El conocimiento sobre las prácticas de autocuidado muestra tres niveles que determinan el interés y la decisión para asumirlo con responsabilidad y empoderamiento, 1. Las que no tienen conocimiento, 2. Las que tienen un conocimiento impreciso y 3. Las que tienen conocimientos científicos.

Las mujeres que poseen conocimientos científicos realizan prácticas de autocuidado con la debida periodicidad, al tiempo que se sensibilizan para estar más alertas frente al riesgo y a los síntomas del cáncer de mama; Lina nos dijo al respecto: “*Yo llego al médico general y le digo: yo creo que es tiempo de que me mande una mamografía*” (R192). Por el contrario, el desconocimiento o el conocimiento impreciso induce a creer que la prevención sólo se hace a través del examen clínico regular y a ignorar la mamografía como una medida necesaria para la detección del cáncer, confusión que, por supuesto, obstaculiza su autocuidado como elemento clave de la prevención.

Por otro lado, experiencias previas, como el tamizaje de cuello uterino, o cuidar un pariente enfermo de cáncer, motivan a las mujeres a buscar información para prevenir este mal por el temor a contraerlo, temor que aumenta la conciencia del riesgo y crea la necesidad del autoexamen; no obstante, otras mujeres creen que sólo el médico tiene

el conocimiento adecuado para prevenir el cáncer de mama, creando así dependencia del profesional frente a su propio cuidado.

Las oportunidades de aprendizaje sobre el autoexamen fueron diferentes para todas las mujeres; algunas lo aprendieron y lo hacen desde la adolescencia; otras, lo empezaron a los cuarenta años, pero reconocen que debieron haber empezado antes.

La educación y la prevención promovidas por el sistema de salud y los medios de comunicación

De las experiencias educativas se construye el conocimiento que lleva al aprendizaje para el autocuidado y la aprehensión de la realidad, lo que requiere interacción y diálogo para analizar, internalizar y generar cambios de la propia realidad.

Las mujeres consideran que existe poca información y educación sobre el cáncer de mama, tanto en las instituciones de salud como en la televisión, y que es deber de estas entidades, hacer campañas preventivas con discursos más profundos, si se tienen en cuenta la magnitud y los efectos de este problema, aunque reconocen que los mensajes, especialmente los de televisión y la Internet, impactan y demandan una formación científica suficiente, que permita erradicar “*estereotipos*” e “*ignorancia*” (Morelia R 152). Otras comentan que las instituciones de salud y la televisión realizan campañas para la prevención del cáncer, pero esta última involucra mujeres famosas para atraer la audiencia, con el interés de promover cosméticos u otros elementos para la belleza, estrategia que sólo logra motivar a las mujeres en la estética y conservación de la juventud, más no para la prevención y la educación en lo referente al cáncer de mama y la sexualidad, amén de que es poco personalizada, inoportuna, tradicional y poco dialógica; ya que sólo ofrece la opción de ver, oír y leer pasivamente, a lo que se suma la inequidad en el acceso a estos medios.

Representaciones del cuidado ante un eventual padecimiento, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama

Partiendo de los imaginarios de las entrevistadas, se les preguntó cuáles serían sus estrategias de cuidado ante la posibilidad de tener cáncer. La respuesta fue que se sentirían desorientadas y sin preparación para afrontarlo. Afirman que el proceso de diagnóstico es largo e interfiere con la vida laboral. Ven este periodo como un momento

difícil, atravesado por la incertidumbre. Muchas expresaron que ante la eventualidad de un síntoma o molestia en las mamas, ellas buscarían el apoyo, en primer lugar, en los familiares, amigos—y en terapias alternativas, es decir, harían uso de lo que De la Cuesta denomina “código de barras”, o “un recorrido entre personas y tratamientos para resolver una dolencia o un síntoma” (22), antes de consultar al sistema de salud.

Frente al tratamiento piensan que acceder al cuidado médico del cáncer es un “viaje”, por la inoperancia del sistema de salud al que tienen acceso, y justifican su resistencia a utilizarlo. Según ellas, el problema está en la ausencia de comunicación, por lo que pierde sentido “*tanta medicina y tanta ciencia*” (Lina R347); les queda la alternativa de acudir al código de barras, que por lo menos las escucha.

Si llegaran a padecer cáncer de mama lo imaginan difícil de llevar; sufrirlo involucra, además del tratamiento, la elaboración del duelo por las pérdidas corporales, los cambios físicos, sexuales, emocionales y familiares que ello supone. Encontramos dos formas de afrontamiento determinadas por el tipo de personalidad: el aislamiento y el enfrentamiento proactivo.

DISCUSIÓN

Se ha asumido que el cuidado de sí mismo es un movimiento social; sin embargo Schiller y Levin afirman que en el autocuidado no se dan los postulados y características de los movimientos sociales, como el feminista (23). Shildrick (24), Clarke & Olesen (25), y Kickbusch (26) señalan que el movimiento de liberación femenina de los años 1970 cambió la manera de ver la salud de las mujeres, permitió re teorizar y reconceptualizar la salud más allá de la biomédicalización, desafiando nociones estereotipadas sobre enfermedades ‘femeninas’ y poniendo las cuestiones de la agencia y de la elección en el centro. En este contexto, las mujeres lograron adquirir conocimientos sobre el propio cuerpo (24), agencia sexual y autonomía (27), para desafiar las estructuras institucionales que influenciaban la salud. La actividad feminista fue dirigida a un desafío epistemológico tanto a las construcciones patológicas de las variantes del cuerpo femenino como a la noción de que las mujeres estaban intrínsecamente enfermas (24, 26).

Withorn afirma que en los años 80 el movimiento feminista tuvo grandes logros en términos teóricos y prácticos alrededor de la autoayuda, considerada como el esfuerzo de la gente para organizarse en grupos que resuelven necesidades individuales (28).



Tomado de: Florida Health Solutions.
<http://www.floridaheathsolutions.care>.

Pearson, al hacer un balance de los 25 años de los programas de autoayuda feminista, muestra cómo estos brindaron más educación, mayor acceso a la educación médica, más conocimiento sobre los riesgos y peligros de los medicamentos y los tratamientos terapéuticos (29).

El feminismo también influyó en la promoción de la salud, al señalar que la mirada sobre los estilos de vida saludable es una visión medicalizada de los problemas de salud femeninos, que conduce a veces a soluciones inadecuadas e ineficaces (30). Además, las estrategias de promoción de la salud pueden asignar la responsabilidad a las mujeres, sin reconocer su poco poder para efectuar el cambio, o responsabilizándolas por el cuidado de la salud de los otros, asumiendo que el papel femenino es el cuidado de su familia y su entorno (30).

Existen más estudios sobre las representaciones sociales de enfermedades y procesos patológicos (13, 31-34) que sobre la salud y el cuidado (15, 35-40), porque el mundo se ha biomedicalizado, como lo afirman autores como Shildrick (24), Clarke & Olesen (25), Kickbusch (26) y Daykin (27). Unas pocas excepciones son los estudios de Parales sobre representaciones de la alimentación saludable en Colombia (35); el de Candreva y Paladino, en Argentina (36), sobre el cuidado de la salud y las diferentes prácticas asociadas a ésta para analizar el anclaje social en su construcción; Chávez y otras (37), en su estudio sobre prácticas de autocuidado durante el embarazo, el parto y al recién nacido en mujeres de una comunidad nativa peruana. El estudio en Soacha, de Wiesner y otros (15) sobre representaciones sociales, barreras y motivaciones

para la citología de cuello uterino, habla en forma puntual de la ausencia de prácticas de autocuidado, pero no de las representaciones del mismo. El estudio de Uribe (38), reconoce que las representaciones sociales del autocuidado son importantes pero no desarrolla el tema; el de Ibáñez, quien estudió las representaciones sociales de la diabetes en pacientes que mostraban adherencia al tratamiento y en los que mostraban poca adherencia (39); el de Álvarez y Durán, que estudiaron las representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca, cuyos hallazgos muestran que estos atribuyen la enfermedad a la pobreza y el estilo de vida, recomiendan formas de control no científico, acompañadas de la fe religiosa, valores de dedicación y disciplina para superar la enfermedad y formas de cuidado basadas en dieta saludable y ejercicio (40).

Illich (41) cree que los seres humanos necesitan mayor autonomía en el autocuidado, derecho a definir la salud e imponer límites, algo que en las entrevistadas no se daba con claridad. Este autor considera que debe reaccionarse con mayor autonomía ante la realidad socialmente creada, lo que permitirá desarrollar habilidad para la adaptación al ambiente cambiante, al progresivo envejecimiento, al sufrimiento, a recuperar la capacidad de curarse cuando hay daños y a la espera pacífica de la muerte.

Steinger y Lipson (42) consideran que un 75 % de las actividades de salud forman parte del autocuidado; en este estudio, sólo las mujeres con mayor nivel educativo o con una visión alternativa de la salud comparten esta perspectiva. Según ellas, las personas son responsables

de su salud al escoger estilos de vida, conocimientos y creencias, sin dejar de reconocer que la salud y la enfermedad son fenómenos complejos que incluyen factores no controlables, como la herencia, la genética y las condiciones situacionales y ambientales. La mayoría de las entrevistadas no eran conscientes o no comprendían hasta qué punto eran responsables de su propia salud.

Para Collière, cuidar es “un acto de vida que permite que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte; también es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida” (43), necesidades que en estas participantes no se satisfacen con la extensión y regularidad que demanda una práctica responsable del autocuidado.

Según Orem (44), el autocuidado es la contribución de la persona a su propia existencia, es una actividad aprendida y orientada hacia un objetivo para regular los factores que afectan el propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. En este estudio, el significado del autocuidado para prevenir el cáncer de mama está lejos de este concepto, en tanto se reduce a aspectos puntuales como el tamizaje clínico, la alimentación y la estética. Es preocupante encontrar cómo las mujeres descuidan sus prácticas de autocuidado y dan más importancia a la dimensión estética que a la prevención de la enfermedad; énfasis, vale aclarar, más marcado en las mujeres jóvenes, preocupadas por mantener las formas corporales ideales.

Lo anterior significa grandes costos para la salud, en la medida que desplaza el cuidado preventivo. Si las mujeres movilizaran sus propios recursos y participaran activamente en mantener su propia salud, podrían exceder sus expectativas de vida y mejorar su calidad (42).

Al analizar las prácticas de autocuidado (el autoexamen, la mamografía y el examen clínico de la mama) encontramos que no se hacen, o se hacen con poca frecuencia, lo que coincide con otros estudios (45) en los que más del 60% de mujeres sanas y alrededor del 55% de aquellas con riesgo elevado, con edades entre 40–49 años respectivamente, tienen un inadecuado control para el cáncer de mama. Así mismo, un estudio (7) sobre creencias en salud y variables sociodemográficas relacionadas con el cáncer de mama en mujeres musulmanas, encontró que un tercio de ellas nunca se practicó el autoexamen, debido a factores culturales o religiosos. Y aunque el autoexamen de mama parece no reducir el número de las muertes por cáncer, sí ayuda a la mujer a conocer mejor los senos, y, al examinarlos regularmente, recuerda la importancia de la mamografía y la visita frecuente al médico (10).

Llama la atención que las mujeres sanas tengan escasa educación sobre el autocuidado en relación con la prevención del cáncer de mama y poca conciencia del riesgo. Un estudio colombiano sobre determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama, mostró que quienes padecen cáncer se demoran más para hacerse biopsias que las mujeres sanas (45), diferencia que también se da entre mexicanas inmigrantes y descendientes de mexicanas en los Estados Unidos (46).

En nuestros hallazgos poco se menciona la mamografía, a pesar de ser una estrategia central de cuidado, por lo menos en forma espontánea. Al respecto se estima que al menos un cuarto o un tercio de las mujeres no parecen conscientes del riesgo, aunque tengan un antecedente familiar de cáncer de mama (47). Las que tienen un riesgo alto, a veces reaccionan sobrestimándolo, lo que hace pensar que los niveles altos de preocupación por el cáncer, a diferencia de los niveles moderados, interfieren en el control y participación en programas de orientación de cáncer de mama. De acuerdo con Keinan-Bokera (47), la susceptibilidad percibida no siempre se traduce en una relación lineal con la realización del control de las mamografías, así, algunas mujeres que creen tener alta susceptibilidad para el cáncer de mama, se adhieren con menor probabilidad a pautas de control.

También notamos que algunas no asistían al examen clínico de las mamas por miedo a un diagnóstico confirmatorio. En un estudio cuantitativo sobre creencias en salud y actitudes frente a la enfermedad como predictores de la asistencia a control de cáncer de mama, se mostró que las tendencias hipocondríacas, la fobia a la enfermedad y el temor a los efectos de los síntomas, estaban relacionados con los bajos niveles de participación en el tamizaje (48). El no asistir es una conducta que proporciona alivio a la ansiedad a corto plazo; además, los resultados indican que las creencias y las actitudes son componentes importantes de comportamientos de prevención del cáncer femenino (49). En muchos de los estudios enunciados se menciona que, en ocasiones, el miedo a un diagnóstico confirmatorio inhibe las conductas de autocuidado (7, 8, 45, 48, 49). Otros (49) observaron que muchas mujeres se preocupan por la posibilidad de desarrollar cáncer de mama, pero no existe claridad sobre si la preocupación actúa como facilitador o como inhibidor para realizarse los exámenes para la detección del cáncer.

En relación con los conocimientos y creencias acerca del cáncer de mama, los hallazgos muestran que las muje-

res mayores parecen tener más conocimientos, más creencias negativas y menos prácticas de detección temprana que las jóvenes. Los motivos citados para no practicarse una mamografía, por ejemplo, se relacionan con barreras personales, como: no tener síntomas, negligencia u olvido y falta de remisión por un médico (50).

Hemos descrito cómo algunas de las entrevistadas manifestaron que las experiencias cercanas con cáncer de mama las habían motivado a implementar prácticas de autocuidado y a cambiar la actitud frente a la enfermedad. Keinan-Bokera y otros (47) investigaron cómo la historia familiar positiva para cáncer de mama influye en la realización de la mamografía, en una muestra de 1.605 mujeres israelíes.

Aunque la mamografía es el mejor método para la detección temprana del cáncer de mama, lo más indicado es un examen clínico de las mamas en forma periódica (11). Las mujeres de nuestro estudio consideran necesaria la preparación emocional para superar la vergüenza a la palpación médica. Podría decirse que este sentimiento se deriva de procesos de socialización desde la infancia, donde el reconocimiento de la propia genitalidad por parte de las niñas ha sido marcado por la prohibición y el tabú con que se ha orientado la sexualidad, llevando a la construcción de un sistema sexual de valores que contradice el reconocimiento de sí como sujeto sexuado y de derecho. La vergüenza es un rasgo que comparten varias culturas, como las minorías étnicas en los Estados Unidos (5), las mujeres turcas (51), las musulmanas en los Estados Unidos (7), las asiáticas en California (52) y las mujeres israelíes (47).

Otro hallazgo en estudios sobre cáncer de mama fue la baja percepción de riesgo; el 19,6% de las mujeres no comunica a nadie la presencia de un síntoma, o lo hacen exclusivamente al médico y a los familiares cercanos, conducta que se traduce en la decisión de consulta (47). Las redes sociales de apoyo influyen en la demanda de servicios y mejoran la adherencia al tratamiento y la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama. Algunos autores (53) esperan que el sistema de salud mejore su eficiencia en la entrega de resultados de biopsias y proporcione mayor información y educación respecto a la sintomatología mamaria. Todos estos aspectos fueron mencionados por nuestras entrevistadas y subrayados por nosotras a través de los hallazgos.

La revisión bibliográfica que hemos hecho sobre el tema permite apreciar la controversia que existe sobre la utilidad del autoexamen, aunque los autores colombianos

no parecen participar de ella y lo aceptan sin mayor discusión. En contraposición, estudios canadienses (10) afirman que a pesar de la promoción que el autoexamen de mama ha tenido durante los últimos 30 años, menos del 50% de las mujeres lo practican, y entre ellas, la mayoría no lo hace correctamente, pero no se tiene ningún otro método de descubrimiento temprano para mujeres menores de 40 años.

Nekhlyudov y Fletcher (8) observaron que las enfermeras han sido, por mucho tiempo, abogadas del autoexamen de mama, no sólo creyendo que promueven una práctica para salvar vidas, sino también como una forma de empoderar a las mujeres para un mayor control de su salud. Observaron también las ventajas del control combinado de autoexamen con mamografía para el autocuidado, hallazgo de gran importancia para enfermería por varias razones: primero, porque significa que el autoexamen y la investigación de factores que aumentan su realización como factores de prevención no son suficientes para lograrla. Segundo, los recursos deben ser enfocados en la promoción e investigación de prácticas de control verificadas, como la mamografía. Y tercero, la educación para el autoexamen debe ser sustituida por la sensibilización para el cuidado del cuerpo. Estas autoras recomiendan la participación en programas de control de mamografía y la recepción anual de exámenes clínicos de mama, de acuerdo con las pautas establecidas. Afirman también que es natural que las enfermeras no abandonen de buena gana la promoción de una práctica en la cual han creído fuertemente e invertido bastante; sin embargo, si nos adherimos a la práctica basada en la evidencia tenemos que aceptarlo (8).

CONCLUSIONES

Además de la representación social de las mamas como objeto de atracción, las entrevistadas revelan tener una representación negativa del cáncer de mama que no favorece la prevención y el autocuidado, aspectos sobre los que hace falta más educación.

Nos intriga, como investigadoras sociales, que las mujeres del estudio, aun sin padecer el cáncer de mama, describan sus preocupaciones frente a sus efectos. Quizá los fantasmas que más las preocupan son la mastectomía, la alteración de su imagen corporal y los efectos sobre la vida sexual, lo que coincide con otros estudios (54, 55).

Petersen y Lupton (56) sostienen que los acercamientos de salud pública contemporáneos demandan de la gente hacerse una nueva clase de ciudadanos, “los ciudadanos sanos”. En esta perspectiva, la moralidad es medida en

términos de hábitos sanos, de estilo de vida sano. -“El cuerpo sano” se ha hecho, cada vez más, un significativo importante del valor moral; el trabajo del cuerpo ha llegado a ser un medio crucial para expresar en público virtudes tales como autocontrol, autodisciplina, abnegación y fuerza de voluntad, en pocas palabras, aquellas cualificaciones consideradas importantes para ser “normal”, un ser humano “sano”. Cómo los médicos, y nosotros como sociedad, distinguimos lo normal de lo patológico, o como Foucault diría, cómo la sociedad “normaliza” a sus miembros, está en el núcleo de las intervenciones de la salud pública y médica moderna (56). Pensamos que esto podría estar relacionado con una construcción problemática de la feminidad, que merece ser revisada y denunciada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Radice D, Redaelli A. Breast cancer management: quality of life and cost considerations. *Pharmacoeconomics*. 2003;21(6):383-396.
2. Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de Control del Cáncer: Políticas y pautas para la gestión [internet]. Ginebra: OMS; 2005 [acceso el 7 de agosto de 2005]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/ppc-NCCP.pdf>.
3. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá. Ministerio de Protección Social; 2003. p. 11.
4. Angus J, Miller K, Pulfer T, McKeever P. Studying delays in breast cancer diagnosis and treatment: critical realism as a New Foundation for Inquiry. *Oncol Nurs Forum*. 2006;33(4):62-70.
5. Kaplan CP, Haas JS, Perez EJ, Gregorich SE, Somkin C, Des Jarlais G, et al. Breast cancer risk reduction options: awareness, discussion, and use among women from four ethnic groups. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15(1):162-166.
6. Ministerio de Salud. III estudio nacional de salud bucal y II estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas- ENFERC II. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999. p. 31.
7. Shaheen M, Galal O, Drew C. Practices for early detection of breast cancer among Muslim women in Southern California. *Am Coll Epidemiol*. 2005;15(8):630-665.
8. Nekhlyudov L, W Suzanne. Fletcher is it time to stop teaching breast self-examination? *Can Med Assoc J*. 2001;164(13):1837-46
9. Arulkumaran S, Timothy R.B, Johnson M.D. Contemporary issues in women's health. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;80(1):5-7.
10. Larkin M. Breast self examination does more harm than good says task force. *Lancet*. 2001; 357(9274):2109.
11. Semiglazov V, Moiseenko V, Bavli I, Migmanova N, Seleznev I. Work experience of the WHO International Reference Center in assessing the effectiveness of self-examination for the early diagnosis of breast cancer (results of 2 years' research). *Vopr Onkol*. 1988;34(8):969-74.
12. Jalvandi S, Montazeri A, Flarirchi I, Kazemnejad A. Beliefs and behaviours of Iranian teachers toward early detection of breast cancer and breast self-examination. *J Public Health*. 2002;116:245-249.
13. Lima R, Ferreira M. The social representation of the woman about the cancer: implications for the nursing care. *Online Braz J Nurs*. 2003;2(2).
14. Anagnostopoulos F, Spanea E. Assessing illness representations of breast cancer A comparison of patients with healthy and benign controls. *J Psychosom Res*. 2005;58(4):327-334.
15. Wiesner C, Vejarano M, Caicedo J, Tovar S, Cendales R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública*. 2006;8(3):185-196.
16. Medina A. Representaciones del Cáncer en Estudiantes de Medicina. *Rev Salud Pública*. 2007;9(3):369-378.
17. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002. p.13-14.
18. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Ibérica; 1992. p. 343.
19. Draucker C, Martsolf D, Ross R, Rusk Thomas B. Theoretical sampling and category development in grounded theory. *Qual Health Res*. 2007;17(8):1137-1148.
20. Johnson B, Christensen L. Educational research: quantitative, qualitative, and mixed approaches. Thousand Oaks: SAGE; 2007. p. 277.
21. Miles M, Huberman A. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. Thousand Oaks: SAGE; 1994. p. 291.
22. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Dirección de programas y proyectos. Mujeres y Salud: un estudio cualitativo. Medellín; Gobernación de Antioquia; 1995. p. 88.
23. Schiller P, Levin J. Is self-care a social movement?. *Soc Sci Med*. 1983;17(18):1343-52
24. Shildrick M. Vital signs: feminist reconfigurations of the biological body. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1998. p. 4-6.
25. Clarke A, Olesen V. Revisioning women, health and healing. New York: Routledge; 1999. p. 3-4,14-17.
26. Kickbusch I. A feminist view on self care in health. *World Health Forum*. 1981;2(2):196-7.
27. Bendelow G, Carpenter M, Vautier C, Williams S. Gender, health, and healing: the public private divide. New York: Routledge; 2002. p.79.
28. Withorn A. Helping ourselves. En: Conrad P. The sociology of health and illness: critical perspectives. New York: Worth Publisher; 2001. p. 450-459.
29. Pearson C. Self help clinic celebrates 25 years. Washington: National Women's Health Network; 2005.

30. Daykin N, Naidoo J. Feminist critiques of health promotion. En: Bunton R, Nettleton S, Bur R. *The sociology of health promotion analyses of consumption, lifestyle, and risk*. New York: Routledge; 1995.
31. Soto N, Vasco C. Representaciones sociales y discapacidad. *Hologramática*. 2008;8(1):3-22.
32. Lima A. Representações sociais sobre o câncer de mama feminina, sua etiologia e seu tratamento [internet]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2005 [acceso 2007 octubre 19] Disponible en: http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=re_sultado&nrSeq=6059@1
33. Cannone P, Dany L, Dudoit E, Duffaud F, Salas S, Favre R. A study of the social representations in chemotherapy: a way to analyse the relations between patients and oncologist. *Bull Cancer*. 2004;91(3):279-84.
34. Cagnin E, Liston N, Dupas G. Children's social representation of cancer. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(1):51-60.
35. Parales C. Representaciones sociales del comer saludablemente: un estudio empírico en Colombia. *Universitas Psychol*. 2006;5(3):613-626.
36. Candreva A, Paladino C. Cuidado de la salud: el anclaje social de su construcción estudio cualitativo. *Universitas Psychol*. 2005;4(1):55-62.
37. Chávez R, Arcaya M, García G, Surca T, Infante M. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y el recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Enferm*. 2007;16(4):680-687.
38. Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Invest Educ Enferm*. 1999;18(2):109-118.
39. Ibáñez R. Representación social de la diabetes en diabéticos que muestran adherencia al tratamiento y en diabéticos que muestran poca adherencia. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2007.
40. Álvarez L, Acevedo A, Durán AP. Representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en pacientes hospitalizados de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia. *Univ Méd*. 2008;49(3):328-343.
41. Illich I. *Nemesis medica*. New York: Pantheon Books; 1976. p. 265.
42. Steiger N, Lipson J. *Self care- nursing theory & practice*. Maryland: Prentice Hall Publishing; 1985.
43. Colliere MF. *Promover la vida*. Madrid: MacGraw-Hill; 1993. p. 5
44. Marriner T, Alligood R. Orem: teoría del deficit de autocuidado. En: Marriner T. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Hancourt; 1999. p. 177.
45. Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama. *Rev. Col. Cancerol*. 2007;11(1):13-22.
46. Borrayo E, Guarnaccia C. A differences in Mexican-born and U.S.-born women of Mexican descent regarding factors related to breast cancer screening behaviors. *Health Care Women Int*. 2000; 21(7):599-613.
47. Keinan-Bokera L, Baron-Epela O, Garty N, Gree M. Family history of breast cancer and compliance with mammography in Israel: findings of survey 2003–2004. *Int J Canc Prev*. 2007;16:43–49.
48. Hay J, McCaul K, Magnan R. Does worry about breast cancer predict screening behaviors? A meta-analysis of the prospective evidence. *Prev Med*. 2006;42(6):401-408.
49. Lostao L, Joiner T, Pettit J, Chorot P, Sandin B. Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. *Eur J Public Health*. 2001;1:274-279.
50. Oliver M, Sánchez M, Suárez E, Vélez H, Arroyo Y. Breast cancer health promotion model for older Puerto Rican women: results of a pilot programme. *Health Promot Int* 2002;17:3-11.
51. Nahcivan N, Secginli S. Health beliefs related to breast self-examination in a sample of Turkish women. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34(2):425-432.
52. Park Tanjasiri S, Kagawa M, Foo M, Chao M, Linayao I, Nguyen J, et al. Designing culturally and linguistically appropriate health interventions: the "life is precious" Hmong breast cancer study. *Health Educ Behav*. 2007;34;140–153.
53. Herranz J, De la Torre A, Bueno MJ, Manos D, Mateos N. Body image in relation to self-esteem in a sample of Spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología*. 2005;2(1):103-116.
54. Brédart A, Petit J. Partial mastectomy: a balance between oncology and aesthetics?. *Lancet Oncol*. 2005;6(3):130.
55. Raven L, Dean B. Breast cancer and body image off our backs [internet]. New York: Bnet; 1994 [acceso 17 febrero 2007]. Disponible en: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3693/is_199411/ai_n8725003.
56. Petersen A, Lupton D. *The new public health: Health and self in the age of risk..* London: Sage Publications; 1996. p. 1-26.